

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA  
OFICINA DE D.C. CON RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO  
CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON**



**CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON  
UN CENTRO PROPIEDAD DEL DISTRITO DE COLUMBIA Y ADMINISTRADO POR  
“VMT LONG TERM CARE MANAGEMENT, INC.”**

**NOTIFICACIÓN DE NORMAS DE PRIVACIDAD  
EN VIGENCIA A PARTIR DEL 14 DE ABRIL DE 2003**

Si no habla y / o lee inglés, favor llame al (202) 282-3101 entre 8:15 a.m. y 4:45 p.m. Un representante lo ayudará.

Si habla español, voltee las páginas para leer esta notificación.

Si no entiende este documento, favor llámenos al 202-282-3101.

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE  
SU SALUD SE PUDIESE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE TENER  
ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.  
FAVOR ANALICE ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE.**

---

El Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington (el Centro) es propiedad del Gobierno del Distrito de Columbia y está administrado por parte de “VMT, Long Term Care Management, Inc.”, por medio de un contrato con la Oficina de D.C. con relación al Envejecimiento.

El Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington mantiene confidencial la Información Privada con respecto a su salud (PHI por sus siglas en inglés).

Su PHI incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, y número de teléfono. También incluye su número de seguro social, número de Medicare (si existe), e información de póliza de seguro de la salud. Es posible que incluya información sobre el estado de su salud.

La ley nos exige que mantengamos su PHI confidencial. Nosotros tenemos que proporcionarle esta Notificación sobre nuestras obligaciones legales y normas de privacidad. La ley le requiere al Centro para Servicios de Envejecimiento que cumpla con esta Notificación.

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**OFICINA DE D.C. CON RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO**  
**CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON**



---

**CÓMO UTILIZAMOS SU PHI::**

---

Nosotros utilizamos su PHI para permitir que un médico o enfermero(a) lo trate. Nosotros permitidos que una oficina de negocios procese pagos por sus servicios médicos con su PHI. El personal administrativo que analiza la calidad del cuidado que usted recibe también utiliza su PHI. Esta Notificación también rige como el Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington utilizará y divulgará información sobre su salud.

Cuando la ley lo permite, nosotros podemos utilizar o divulgar su PHI sin su autorización:

**Tratamientos:** Para que un proveedor de cuidado de la salud pueda darle tratamientos. (POR EJEMPLO: Es posible que el Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington comparta su PHI con un laboratorio clínico.)

**Pagos:** Para pagar reclamos por servicios que se le proporcionaron. (POR EJEMPLO: el Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington comparte su PHI con un procesador de reclamos. El contratista verifica que usted recibió el tratamiento.)

**Operaciones de cuidado de la salud:** Para realizar operaciones de cuidado de la salud incluyendo::

- Evaluar la calidad de cuidado de la salud
  - Analizar las acreditaciones, certificaciones, licencias y credenciales
  - Llevar a cabo estudios médicos, inspecciones y servicios legales
  - Otras funciones con respecto a seguros
- (POR EJEMPLO: El Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington envía su PHI a un comité de estudio de calidad.)

**Proveedor anterior:** A su proveedor de cuidado de la salud actual o anterior.

**Actividades de la Salud y Beneficios Públicos:** Para los siguientes tipos de actividades de salud pública / interés:

- Para la salud pública
- Para la vigilancia del cuidado de la salud
- Para investigaciones
- Para médicos forenses, inspectores médicos, director de funerales (entierros), y organizaciones de adquisición de órganos
- Como lo autorizan las leyes de indemnización contra accidentes de trabajo de DC

**Para evitar daños u otras actividades de ejecución de la ley:** Podemos divulgar su PHI:

- Para evitar una amenaza seria para la salud o la seguridad
- En respuesta a las órdenes de la corte o administrativas
- A funcionarios que ejecutan o aplican las leyes
- Para actividades militares o de servicios de información secreta
- Para instituciones correccionales

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**OFICINA DE D.C. CON RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO**  
**CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON**



**Comunicación:** Ponerse en contacto con usted personalmente para mantenerlo informado. (POR EJEMPLO: El Centro de Servicios de Envejecimiento de Washington pudiese enviarle recordatorios de citas o información sobre otras oportunidades para tratamientos.)

---

**AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE PHI LOS CUALES  
NO ESTÁN MENCIONADOS EN ESTA NOTIFICACIÓN:**

---

El Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington utilizará o divulgará su PHI solamente para propósitos mencionados en esta Notificación. El Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington obtendrá su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones. En cualquier momento, usted puede revocar su autorización por escrito. Usted puede ponerse en contacto con el Funcionario de Privacidad del Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington o cualquier otro Funcionario de Privacidad a las direcciones incluidas al final de esta Notificación.

---

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:**

---

Usted tiene los derechos siguientes con respecto a su PHI. Por escrito, usted pudiese::

- Pedirnos que limitemos el uso de su PHI o cómo se divulga. No es obligatorio que estemos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con ella.
- Pedirle al Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington que se comunique con usted con respecto a su PHI de una manera diferente; es decir, usted puede solicitar que le proporcionemos su PHI confidencialmente por medios especificados en localidades alternas.
- Generalmente, observe y copie su PHI. En ciertos casos, usted puede solicitar si ha sido rechazado, que su rechazo sea considerado y analizado. Puede ser que tenga que pagar un honorario razonable por las copias.
- Solicitar al Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington que cambie su PHI. Es posible que no realicemos sus cambios requeridos. Si es así, le informaremos por qué no podemos cambiar su PHI. Usted puede responder por escrito a cualquier rechazo. Usted puede solicitar que ambos nuestro rechazo y su respuesta se añadan a su PHI.
- Obtener una lista de ciertas entidades que recibieron su PHI del Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington después del 14 de abril de 2003. Esta lista no incluirá un listado de divulgaciones realizadas con relación a tratamientos o pagos. Tampoco incluirá divulgaciones con respecto a operaciones del cuidado de la salud, información que nos autorizó a proveer, y ciertas funciones del gobierno.
- Solicitar una copia de esta Notificación de Normas de Privacidad.

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**OFICINA DE D.C. CON RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO**  
**CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON**



---

**INQUIETUDES O QUEJAS SOBRE EL USO O DIVULGACIÓN DE SU PHI:**

---

Para obtener más información sobre nuestras normas de privacidad, se puede poner en contacto con el Funcionario de Privacidad a la dirección siguiente:

Corporate Compliance Officer  
Attn: HIPAA Privacy Officer  
4201 Connecticut Ave., NW, Suite 208  
Washington, D.C. 20008  
Teléfono: (202) 282-3101

Si no está satisfecho con el manejo de su queja, se puede poner en contacto con el Funcionario de Privacidad del Distrito de Columbia al:

Privacy Official  
DC Office of Health Care Privacy and Confidentiality  
in the Office of the Deputy Mayor for Children Youth, Families, and Elders  
1350 Pennsylvania Avenue NW, Suite 307  
Washington, D.C. 20004  
Teléfono: (202) 727-8001  
Facsimil: (202) 727-0246  
TTD: (202) 442-5999  
TTY: (202) 727-3323  
Correo electrónico: [dcprivacy@dc.gov](mailto:dcprivacy@dc.gov)

Se puede poner en contacto también con los Funcionarios de Privacidad para obtener copias adicionales de esta Notificación. Usted tiene el derecho a quejarse con nosotros. También puede quejarse con el Departamento de Servicios de la Salud y Humanos de los EE.UU. Las quejas no lo perjudicarán. Para quejarse con nosotros, póngase en contacto con cualquiera de los Funcionarios de Privacidad a las direcciones mencionadas anteriormente o puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Servicios de la Salud y Humanos de los EE.UU. a la dirección siguiente:

Office for Civil Rights – Region III  
U.S. Department of Health and Human Services  
150 S. Independence Mall West, Suite 372  
Public Ledger Building  
Philadelphia, PA 19106-9111  
Línea principal: (215) 861-4441  
Línea directa: (800) 368-1019  
FACSIMIL (215) 861-4431  
TDD (215) 861-4440  
TTY: (886) 788-4989  
Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

---

**MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN:**

---

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA  
OFICINA DE D.C. CON RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO  
CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON**



Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta Notificación. Publicaremos una notificación modificada en las oficinas del Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington si se realizan cambios a los términos de esta Notificación. Además, la Notificación de Normas de Privacidad actual se anunciará en la Internet en <http://www.dcoa.dc.gov>.

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA  
OFICINA DE D.C. CON RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO  
CENTRO PARA SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO DE WASHINGTON**



---

**ACUSE DE RECIBO**

---

Acuso recibo de una copia de la Notificación de las Normas de Privacidad del Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor imprima su nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Me niego a firmar este acuse de recibo.

Nota para el personal del Centro para Servicios de Envejecimiento de Washington: Si el cliente se niega a firmar el formulario de acuse de recibo,

firmar sus iniciales aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_,

indicando que un esfuerzo de buena fe se realizó para obtener el acuse de recibo.